

様式第8号(第9条関係)

営 業 廃 止 届

年 月 日

福山市保健所長 様

届出者	住 所 〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕	〒
	電 話	( ) ー
	名 前 〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕	印
	生 年 月 日	年 月 日生

次のとおり営業を廃止したので、営業施設認定証を添えて届け出ます。

営 業 者	住 所	〒	電話番号
	名 前		
営 業 所	所 在 地	〒	電話番号
	名称、屋号又は商号		
	営 業 の 種 類		
	現に受けている 営業施設の認定 番号及びその年月日	指 令 平 成	第 年
廃 止 年 月 日	平 成	年	月 日
廃 止 の 理 由	転 業 解 散 死 亡 その他( )		

注 1 届出者が法人の場合には、社印及びその代表者印を押印すること。

2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。